| | |
|---|---|
| CONTRATO O CONVENIO No. | 124- ARC-DISAN-DHONAC-2026 |
| FECHA FIRMA CONTRATO | 10/03/2026 |
| CONTRATISTA: | ISABEL CRISTINA GIL BELALCAZAR |
| NIT: | 51.617.269 de Bogotá D.C |
| FECHA ENTREGA INFORME SUPERVISIÓN | 03/06/2026 |
| PERÍODO INFORME DE SUPERVISIÓN | 01 DE ABRIL – 30 DE ABRIL |

| | |
|---|---|
| 1. OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO | CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ALERGOLOGÍA EXTRAMURAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA |

**1.1. MODIFICACIONES AL CONTRATO O CONVENIO**

| No. MODIFICATORIO | FECHA MODIFICATORIO | MOTIVO DEL MODIFICATORIO |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

**2. RELACIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | IVA | VALOR TOTAL ITEM INCLUIDO IVA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CONSULTA ESPECIALIZADA DE ALERGOLOGÍA PRIMERA VEZ | 1 SESIÓN | $ 70.000,00 | | $ 70.000,00 |
| 2 | CONSULTA ESPECIALIZADA DE ALERGOLOGÍA CONTROL | 1 SESIÓN | $ 70.000,00 | | $ 70.000,00 |
| 3 | PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA (PRUEBAS CUTÁNEAS) | 1 SESIÓN | $ 190.000,00 | | $ 190.000,00 |
| 4 | TEST DE PARCHE | 1 SESIÓN | $ 230.000,00 | | $ 230.000,00 |
| 5 | TRATAMIENTO MENSUAL INMUNOTERAPIA | 1 SESIÓN | $ 190.000,00 | | $ 190.000,00 |
| 6 | TEST DE PROVOCACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL AMBULATORIO | 1 SESIÓN | $ 400.000,00 | | $ 400.000,00 |
| 7 | TEST DE PROVOCACIÓN A MEDICAMENTOS (AINES) INTRAHOSPITALARIOS CON DISPONIBILIDAD DE EQUIPO RCP Y UCI | 1 SESIÓN | $ 2.100.000,00 | | $ 2.100.000,00 |
| | | | | **VALOR TOTAL** | **$ 3.250.000,00** |

**2.1. OBSERVACIONES**

NO HAY OBSERVACIONES

**3. VALOR CONTRATO O CONVENIO**

| | |
|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO: | 50.000.000,00 |
| VALOR ADICIÓN CONTRATO O CONVENIO: | |
| VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO: | 55.000.000,00 |

### 3.1 DISCRIMINACIÓN DEL VALOR

| TIPO DE CONTRATO | VALOR EN $ |
|---|---|
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS | 50.000.000,00 |

### 3.2. OBSERVACIONES

NO HAY OBSERVACIONES

### 3.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA AMORTIZACIÓN ANTICIPO

NO APLICA

### 4 RELACIÓN DOCUMENTOS PRESUPUESTALES

| VIGENCIA PRESUPUESTAL | CDP No. | FECHA CDP | VALOR CDP | CRP No. | FECHA CRP | VALOR CRP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2026 | 38826 | 18/02/2026 | 50.000.000,00 | 44226 | 06/03/2026 | 50.000.000,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

### 4.1. OBSERVACIONES

NO HAY OBSERVACIONES

### 5 DATOS ENTIDAD BANCARIA CONTRATISTA

| ENTIDAD BANCARIA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE CUENTA |
|---|---|---|
| DAVIVIENDA | AHORRO | 0550056200036384 |

### 6 PLAZO DE EJECUCIÓN

| | |
|---|---|
| PLAZO EJECUCIÓN CONTRATO O CONVENIO | 30 DE NOVIEMBRE DE 2026 |
| PLAZO DE DURACIÓN | 30 DE NOVIEMBRE DE 2026 |
| PRÓRROGA PLAZO DE EJECUCIÓN | N/A |
| FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO O CONVENIO | CUATRO (04) MESES SIGUIENTES AL PLAZO DE EJECUCION |

### 7 RESUMEN PÓLIZAS

| AMPAROS | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|
| | DESDE | HASTA | |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 03/03/2026 | 30/03/2027 | 10.000.000,00 |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 03/03/2026 | 30/11/2029 | 2.500.000,00 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 03/03/2026 | 30/03/2027 | 15.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL No. | 75-46-101022055 |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 05 DE MARZO 2026 |
| FECHA EXPIRACIÓN: | 30 DE NOVIEMBRE 2026 |
| ASEGURADORA: | SEGUROS DEL ESTADO S.A |

| AMPAROS | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|
| | DESDE | HASTA | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL | 01/12/2025 | 30/11/2026 | 500.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL – CLINICAS Y HOSPITALES No. | 4032 |
| FECHA EXPEDICIÓN: | 01 DE DICIEMBRE 2025 |
| FECHA EXPIRACIÓN: | 30 DE NOVIEMBRE 2026 |
| ASEGURADORA: | CHUBB |

**8. RELACIÓN FACTURAS PRESENTADAS SERVICIOS DE SALUD** (CONTRATOS RELACIONADOS CON AUDITORIA)

**8.1 FACTURAS RECIBIDAS POR EL SUPERVISOR**

| FECHA DE ENTREGA POR EL CONTRATISTA | No DE FACTURA | FECHA FACTURA | CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS | VALOR FACTURA |
|---|---|---|---|---|
| 02/06/2026 | FEIG-756 | 11/05/2026 | 8 | $ 920.000,00 |
| 02/06/2026 | FEIG-757 | 11/05/2026 | 56 | $ 4.010.000,00 |
| | | | | |
| | | | VALOR TOTAL | $ 4.930.000,00 |

**8.2 FACTURAS ENTREGADAS POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE AUDITORIA (ACRE)**

| FECHA DE ENTREGA A ÁREA DE AUDITORIA POR EL SUPERVISOR | No DE FACTURA | FECHA FACTURA | CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS | VALOR FACTURA |
|---|---|---|---|---|
| 02/06/2026 | FEIG-756 | 11/05/2026 | 8 | $ 920.000,00 |
| 02/06/2026 | FEIG-757 | 11/05/2026 | 56 | $ 4.010.000,00 |
| | | | | |
| | | | VALOR TOTAL | $ 4.930.000,00 |

**8.3 FACTURAS RADICADAS PARA TRAMITE DE PAGO**

| FECHA DE ENTREGA POR EL SUPERVISOR AL ÁREA DE CONTRATOS | No DE FACTURA | FECHA FACTURA | CANTIDAD PACIENTES ATENDIDOS | VALOR FACTURA |
|---|---|---|---|---|
| 02/06/2026 | FEIG-756 | 11/05/2026 | 8 | $ 920.000,00 |
| 02/06/2026 | FEIG-757 | 11/05/2026 | 56 | $ 4.010.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | VALOR TOTAL | $ 4.930.000,00 |

**9. FACTURAS PAGADAS**

| CONTRATADO | | | | PAGADO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE PAGO | VIGENCIA | VALOR $ | OBLIGACIÓN No. | FECHA OBLIGACIÓN | ORDEN DE PAGO No. | FECHA ORDEN DE PAGO | VALOR PAGADO |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*Tipo de Pago: Acuerdo clausula valor y forma de pago de debe indicar cono quedo registrado. Ejemplo: Parcial, Mensual, Total etc.

*Para lo ITEMS Obligación No., fecha obligación, orden de pago, fecha orden de pago, valor pagado, es información suministrada por el área de tesorería o su equivalente en los ESM ARC.

**10. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO**

| | |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO O CONVENIO | $ 50.000.000,00 |
| VALOR TOTAL EJECUTADO | $ 0.00 |
| VALOR PAGADO AL CONTRATISTA | $ 0.00 |
| VALOR PENDIENTE POR PAGAR AL CONTRATISTA | $ 4.930.000,00 |
| SALDO POR LIBERAR | 0,00 |
| SALDO CONTRATO | $ 45.070.000,00 |

**OBSERVACIONES**

NINGUNA

**10. RELACIÓN DETALLADA DE LOS BIENES Y SERVICIOS RECIBIDOS**

NO APLICA

**11. ACTIVIDADES REALIZADAS**

SE REALIZARON 36 CONSULTAS A PACIENTES EN EL MES DE ABRIL

**12. APORTES PARAFISCALES**

PLANILLA NO. 6015754834 CORRESPONDIENTE MES ABRIL /2026

**13. CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRATISTA**

CONTRATISTA CUMPLE SATISFACTORIAMENTE CON SUS OBLIGACIONES.

**14. NOVEDADES Y/O INFORMACIÓN RELEVANTE**

SIN NOVEDAD.

**15. AVANCE TOTAL DEL PROYECTO (SI APLICA)**

NO APLICA

**16. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (SI APLICA)**

NO APLICA

**17. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

**18. ANEXOS**

1. PLANILLA APORTES PARAFISCALES.

**19. ÁLBUM FOTOGRÁFICO (SI APLICA)**

NO APLICA

**TN DIANA NUÑEZ FLETCHER**
**JEFE SERVICIO DERMATOLOGIA**
**DIVISIÓN SERVICIOS ASISTENCIALES HONAC**